

Année 1924

THÈSE

493

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE VAUTRIN

Né à Auberive (Haute-Marne), le 4 Juin 1898

L'Écartement des Incisives

STIGMATE D'HEREDO-SYPHILIS

Président de Thèse : M. le Professeur A. GILBERT

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924

493

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE VAUTRIN

Né à Auberive (Haute-Marne), le 4 Juin 1898

L'Écartement des Incisives

STIGMATE D'HEREDO-SYPHILIS

Président de Thèse : M. le Professeur A. GILBERT

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSÉT.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE...	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie
LEPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A •MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GILBERT
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu;
Membre de l'Académie de Médecine;
Commandeur de la Légion d'Honneur.

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il veut
bien nous faire en acceptant la présidence
de notre thèse.

L'écartement des incisives stigmaté d'hérédo-syphilis

C'est une banalité que de signaler le grand nombre d'affections dont la nature hérédo-syphilitique demeure méconnue.

Le domaine de la syphilis, acquise et héréditaire, s'est considérablement étendu ces dernières années grâce aux progrès réalisés par la clinique et le laboratoire.

Le plus grand intérêt s'attache à discuter ou confirmer la valeur des stigmates de l'hérédo-syphilis. C'est en les recherchant systématiquement que l'on découvrira souvent la nature réelle de beaucoup de localisations osseuses articulaires, oculaires ou viscérales présentées par certains adultes.

Notre but n'est pas de reprendre cette question dans son ensemble. Nous voulons nous limiter à l'étude d'un des stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis qui ne nous paraît pas tenir dans les livres classiques la place que lui confèrent, à notre avis, sa fréquence et sa grande valeur étiologique : *l'écartement des incisives supérieures ou inférieures.*

HISTORIQUE

L'écartement des incisives semble avoir été signalé pour la première fois en tant que stigmate hérédosyphilitique par le Professeur Alfred Fournier en 1886. Dans son ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive (Masson 1886, pp. 140-141), nous trouvons les lignes suivantes : « Il est assez commun d'observer chez les hérédosyphilitiques des irrégularités d'implantation réciproque des différentes dents..

Les dents syphilitiques sont parfois *espacées* d'une façon tout à fait singulière, c'est-à-dire séparées des unes des autres par de larges espaces vides qui constituent comme des lacunes dans l'arcade dentaire. Sur nombre de malades, *les incisives (surtout celles de la mâchoire inférieure) sont plus largement distantes entre elles et distantes également des canines*, ce qui ne laisse pas d'imprimer à la physionomie un aspect disgracieux et vieillot. Ces lacunes interstitielles de l'arcade dentaire ne sont pas toujours dues à ce que les dents plus ou moins réduite de volume laissent entre elles des intervalles proportionnels à leur petite taille. Elles ont bien plus fréquemment

leur origine dans un écartement vicieux des alvéoles, c'est-à-dire dans une malformation osseuse, laquelle, je dois l'avouer, n'a pas encore été étudiée anatomiquement. Les os donc se trouvent en cause ici... »

Cette citation nous a paru mériter de trouver place ici : elle établit sans conteste que Fournier a bien noté l'écartement des incisives médianes et latérales, supérieures et surtout, dit-il, inférieures, comme stigmate de l'hérédo-syphilis. Il l'a distingué de l'écart pouvant résulter du microdontisme. Il a même indiqué une pathogénie de ces lésions dont les recherches ultérieures ont confirmé la valeur : c'est en effet, nous le verrons, dans l'étude du développement osseux du massif facial que se trouve la raison d'être de la prédominance des stigmates syphilitiques sur la rangée des incisives supérieures.

Après Fournier, pendant 25 ans, alors que certains stigmates d'hérédo-syphilis comme la triade d'Hutchinson font fortune, beaucoup des anomalies dentaires décrites par Fournier furent remises en discussion ou demeurèrent dans l'ombre.

C'est au Professeur Gaucher que l'on doit d'avoir à nouveau attiré l'attention sur la fréquence et la signification de ce symptôme : il y insistait à toute occasion dans son enseignement clinique. En novembre 1913, dans les *Annales des Maladies vénériennes* il publiait un important mémoire enrichi de 15 observations et intitulé : « L'écartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédo-syphi-

litique, sa valeur comme stigmaté d'hérédité syphilitique ».

Dans ce mémoire, Gaucher insiste sur la grande valeur de l'écartement des incisives médianes supérieures qui est, dit-il, souvent le seul stigmaté dystrophique révélateur d'hérédo-syphilis qu'on puisse retrouver chez un malade. Enfin, il apporte une notion nouvelle et intéressante : le caractère désormais transmissible dans les générations successives de ce stigmaté spécial, sans nouvelle infection syphilitique. Autrement dit, pour Gaucher, une fois acquis, ce stigmaté peut devenir une particularité familiale, témoignage d'infection syphilitique des ascendants, à une époque plus ou moins lointaine.

En 1915, Gaucher et ses collaborateurs Bizard et Bralez, font connaître un cas de gomme de la langue chez une hérédo-syphilitique présentant de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Lereboullet, peu après, appuie par un exemple personnel cette manière de voir du Professeur Gaucher (Ecartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédo-syphilitique, — hérédité de ce stigmaté, *Annales des Maladies vénériennes* 1918).

Si nous insistons sur l'historique de la question, c'est afin d'établir incontestablement la priorité des auteurs français, et principalement du Professeur Gaucher.

Les travaux de nos syphiligraphes ne semblent pas, en effet, avoir eu, à l'étranger tout au moins, le retentissement qu'ils méritent. C'est ainsi que nous

pouvons lire en 1918, dans un article fort remarquable d'ailleurs, de Percy Willard Roberts, de New-York, les lignes suivantes (*Journal of the American Medical Association*, 9 février 1918, page 373) :

« Les anomalies les plus fréquentes, pathognomoniques de l'hérédosyphilis, nous semblent être *l'écartement notable des incisives aussi bien supérieures qu'inférieures* et les irrégularités de la surface linguale des molaires supérieures. L'écartement des incisives a bien été noté par d'autres observateurs en coïncidence avec les dents d'Hutchinson, mais avant que j'aie attiré l'attention sur ce sujet, en avril 1917, on n'avait pas reconnu son importance diagnostique lorsqu'il apparaît comme le seul défaut dans une dentition par ailleurs parfaitement régulière... »

La bonne foi de P. Willard Roberts est indiscutable, mais il est non moins évident que l'écartement des incisives signalé dès 1886 par Fournier a été complètement mis en valeur par le Professeur Gaucher en 1913, avec les caractères mêmes de stigmaté isolé qui ont frappé l'auteur américain.

Ce qui explique, selon nous, la méconnaissance par P. Willard Roberts des travaux de ses devanciers, c'est que la plupart des ouvrages classiques ne signalaient pas ce signe dystrophique d'hérédosyphilis.

Toutefois, Edmond Fournier, dans son article récent sur la syphilis héréditaire de l'enfant (*Traité Sergent* 1921, pp. 205-206) admet à la suite de Gau-

cher l'écartement des incisives au nombre des stigmates fidèles de l'hérédo-syphilis.

Par contre, dans les leçons de Sabouraud consacrées aux signes dentaires de l'hérédo-syphilis, l'écartement des incisives n'est pas mentionné (Entretiens dermatologiques. Série nouvelle, volumes 1 et 2). Cet auteur, énumérant les stigmates de l'hérédo-syphilis donnés par le Professeur Alfred Fournier, décrit ainsi :

- 1) le microdontisme total avec toutes dents naines;
- 2) le microdontisme partiel, avec une ou deux dents naines parmi les dents normales;
- 3) l'absence de dents : suppression d'une ou deux canines, d'une ou de deux incisives latérales restées dans la gencive;
- 4) les anomalies de position : éversement en dehors ou en dedans de la ligne dentaire;
- 5) les monstruosité : double rangée de dents permanentes par conservation de la première dentition;
- 6) les altérations de forme : dents striées, canines bifides, incisives pointues au lieu d'être tranchantes (dents de poisson);
- 7) les altérations de la zone de mastication : absence de dentines (incisives en tournevis, molaires rocheuses);
- 8) la multiplication des cuspides des grosses molaires leur donnant l'aspect d'une fleur double.

A ces stigmates il faut, dit Sabouraud, ajouter :

- 9) les incisives d'Hutchinson à tranchant concave en croissant de lune, caractéristiques, mais rares.
- 10) l'éminence mamillaire de la face interne des premières grosses molaires supérieures (tubercule de Carabelli), malformation qui, pour Sabouraud, est extrêmement fréquente et existe le plus souvent seule, alors qu'aucune autre dent ne montre de stigmate de syphilis.

Quant à l'écartement des incisives médianes supérieures ou inférieures il n'en est pas fait mention dans cette nomenclature.

D'une déclaration orale de M. Sabouraud, il résulte que cet auteur estime que l'écartement des incisives a la valeur d'un stigmate d'hérédo-syphilis *lorsqu'il est très marqué*. Il a observé des cas d'écartement des incisives moyennement accentué chez des enfants n'appartenant pas du tout, selon lui, à des familles syphilitiques.

Enfin, pour compléter ce chapitre d'historique, ajoutons qu'en décembre 1923, MM. A. Gilbert, H. Bénard et E. Fatou ont présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris un sujet âgé de vingt ans environ, chez lequel l'hérédo-syphilis ne s'était manifestée jusqu'alors, en dehors précisément d'un écartement remarquable des incisives inférieures, que par des troubles dystrophiques extrêmement discrets. Les auteurs rappellent à ce propos l'intérêt attribué

à cette constatation par Gaucher et P.-W. Roberts.
Chez leur malade ce stigmatte corrobora le diagnostic
d'hérédo-syphilis articulaire tardive à forme inusitée,
simulant un rhumatisme articulaire aigu.

PATHOGENIE

Un grand nombre de maladies de la mère ont une influence incontestable sur la gestation : la plupart des maladies infectieuses graves sont susceptibles d'interrompre la grossesse telles la variole, les formes sévères de grippe, de scarlatine, de typhoïde...

Certaines maladies chroniques, tuberculose, lèpre, etc..., agissant en tant que cause de débilitation des générateurs, peuvent déterminer la stérilité ou nuire à la vitalité de l'enfant en lui conférant un tempérament peu résistant.

D'une façon générale, on peut dire que lorsque le père ou la mère sont atteints d'une affection à marche subaiguë ou chronique, compatible avec la fonction de reproduction, les microbes sont arrêtés par le filtre placentaire et n'infectent pas le produit de la conception.

Toutefois, il existe une exception capitale à cette règle : il y a, en effet, une maladie dont le germe présente cette particularité de pouvoir franchir la barrière protégeant l'organisme fœtal : ce type d'infection directement transmissible, vraiment *hérédi-*

taire, est la syphilis, — d'autant plus dangereuse qu'elle n'exclut pas comme la variole ou la typhoïde la possibilité de l'acte générateur.

Les anciennes lois basées sur l'observation clinique seule, qui tendaient à démontrer la possibilité du passage de la syphilis directement de l'organisme paternel au fœtus sans toucher à la mère, sont actuellement regardées comme erronées. Toute mère d'un hérédosyphilitique est elle-même atteinte de syphilis. Si elle ne s'infecte pas au contact de son enfant porteur d'accidents notoirement contagieux, c'est qu'elle est elle-même syphilitique : la latence fréquente de l'infection chez la mère a seule pu donner naissance au dogme de l'intégrité maternelle.

Dans les cas d'infection précoce et virulente, l'embryon meurt et est expulsé dans les premiers mois. Les *fausses-couches précoces, en série, spontanées, sans complications*, constituent un des meilleurs signes de probabilité de syphilis que l'on puisse obtenir à l'interrogatoire.

A un autre degré la période fœtale est atteinte — mais le fœtus est expulsé prématurément ou meurt à la naissance, présentant fréquemment des anomalies ou des monstruosité incompatibles avec l'existence.

Mais dans de nombreux cas, la syphilis permet la viabilité du produit de conception : Tantôt l'enfant naît porteur d'accidents syphilitiques caractéristiques, tantôt la syphilis manifeste seulement son

action en troublant son développement ultérieur : un grand nombre de malformations relèvent ainsi de la syphilis.

Beaucoup plus intéressants sont les troubles dystrophiques discrets attribuables à une infection hérédo-syphilitique vraisemblablement atténuée que l'on relèvera chez certains descendants de parents syphilitiques parvenus sans dommage apparent à l'adolescence ou à l'âge adulte. Or, la clinique nous apprend que le réveil brutal et virulent de l'infection syphilitique est toujours possible chez ces sujets, notamment, les localisations osseuses, articulaires et oculaires caractéristiques de ce que l'on appelle *l'hérédo-syphilis tardive*. Il y a donc intérêt à connaître ces stigmates pour les rechercher systématiquement et prévenir par un traitement approprié les complications possibles.

Parmi ces stigmates de l'hérédo-syphilis, les stigmates dentaires sont certainement les plus importants : en raison de leur fréquence, de leur grande valeur étiologique, et à cause de la facilité que présente leur recherche.

Il faut envisager séparément les *anomalies de forme* et les *vices d'implantation*.

La première catégorie comprend des lésions d'*origine dentaire pure*. Les incisives d'Hutchinson, les différentes variétés d'érosions dentaires, les modifications cuspidiennes des molaires en constituent les principales manifestations.

La seconde catégorie, anomalies d'implantation,

présuppose une malformation à laquelle a présidé l'os maxillaire correspondant. C'est une dystrophie non plus dentaire, mais maxillo-dentaire. L'espacement anormal de certaines dents, notamment l'écartement des incisives, en est l'exemple le plus remarquable.

Dans l'exposé qui va suivre, nous laisserons de côté ce qui a trait à la pathogénie des altérations de forme des dents, et nous aurons en vue exclusivement la genèse des vices d'implantation.

L'embryologie va nous permettre de concevoir les raisons de la fréquence des différentes anomalies qui atteignent les incisives.

Nous distinguerons l'écartement des incisives supérieures et celui des incisives inférieures.

INCISIVES SUPÉRIEURES

L'écartement des incisives est incontestablement plus fréquent à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure. L'embryologie nous explique cette particularité.

Les incisives supérieures médianes et latérales naissent aux dépens d'une portion osseuse parfaitement distincte : *l'os incisif*.

Il nous paraît utile d'appuyer ici par un exposé embryologique résumé, d'après l'article de Nicolas,

Massia et Dupasquier, cette individualité propre de l'os incisif.

Dans les premières semaines de la vie embryonnaire, la région de la face est représentée par des bourgeons séparés par des fissures : en haut le *bourgeon frontal unique*, en bas et sur les côtés le premier arc branchial ou arc maxillaire double et symétrique.

Le bourgeon frontal surplombe la cavité buccale. Il est séparé latéralement du premier arc branchial par le sillon de la vésicule oculaire.

Dans le cours de la troisième semaine, le bourgeon frontal se divise en deux bourgeons secondaires : les *bourgeons nasaux*.

Vers la fin de la quatrième semaine, chacun d'eux se subdivise à son tour pour donner naissance aux *bourgeons nasaux externes et nasaux internes*. Ces derniers ne tardent pas à se souder l'un à l'autre par leur face correspondante.

Mais déjà à cette époque on voit se soulever sur les parties latérales du premier arc branchial un bourgeon qui se porte vers le bourgeon nasal interne, avec lequel il entre finalement en coalescence. Cette émanation de l'arc facial qui donnera naissance à la majeure partie du maxillaire supérieur, porte le nom de bourgeon maxillaire supérieur.

De la partie postérieure s'échappent de nouveaux bourgeons : le bourgeon palatin ou lame palatine (Kölliker) et le bourgeon ptérygo-palatin. Les lames palatines horizontales fusionnent entre elles sur la

ligne médiane, elles s'unissent par leur extrémité antérieure aux bourgeons nasaux internes. Ainsi, au début du troisième mois, se trouve formée la partie la plus antérieure de la voûte palatine que complètent en arrière les lames des bourgeons ptérygo-palatins.

Quant aux bourgeons nasaux internes, limités en dehors par la branche maxillaire supérieure en arrière par la lame palatine, et en dedans par la face correspondante du bourgeon symétrique, ils vont devenir le *bourgeon incisif*, *premier rudiment des os incisifs ou intermaxillaires*.

Ainsi, d'après la théorie classique dont nous venons de donner l'exposé, *l'os incisif est exclusivement formé aux dépens* du bourgeon frontal, alors que le reste du maxillaire supérieur est constitué par la branche maxillaire issue de l'arc branchial.

L'os incisif présente donc bien dans la constitution du maxillaire supérieur une individualité propre.

Si nous continuons à suivre l'os incisif dans son développement, nous voyons qu'il se soude chez l'homme dès le troisième mois de la vie embryonnaire avec les pièces voisines du maxillaire supérieur, disparaissant ainsi en tant qu'os isolé.

Néanmoins, cette soudure, peut rester imparfaite : c'est ainsi que Dubreuil-Chambardel, sur 1.200 crânes d'adultes, a trouvé neuf fois une synarthrose vraie entre l'os incisif et l'os maxillaire, « disposition rappelant la séparation primitive de ces deux os ». Il peut aussi arriver dans certains cas

pathologiques que l'os incisif reste indépendant du maxillaire : « il existe alors un petit segment osseux sur lequel sont implantées les quatre incisives et qui est circonscrit par de larges sillons réunis à angle en arrière. Ce segment est suspendu à l'extrémité antérieure de la cloison des fosses nasales et projeté en avant; ce vice de formation coïncide toujours avec le bec de lièvre » (*Dictionnaire Dechambre*, 2^e série, t. V, p. 270).

A la naissance on trouve ordinairement les vestiges de la suture maxillo-incisive, visible à la face palatine; elle part de l'interstice de la canine et de l'incisive externe ou de l'alvéole de la canine et court vers le trou palatin antérieur.

Ainsi la démarcation externe entre l'os incisif et le maxillaire supérieur possède des points de repère faciles à trouver chez l'adulte. Quant à la face interne de l'os incisif elle est soudée à celle de l'os symétrique sur la ligne médiane. La partie inférieure forme le rebord alvéolaire qui loge de chaque côté les deux incisives supérieures.

Ajoutons que pour certains auteurs l'embryologie serait plus complexe que nous l'avons exposée : l'os incisif au lieu d'être simple serait double. Il y aurait de chaque côté un *os incisif interne*, procédant de la façon que nous avons indiquée, et un *os incisif externe*, provenant des bourgeons nasaux externes et venant s'insinuer entre les bourgeons nasaux internes et le bourgeon maxillaire supérieur, soit en tout quatre os incisifs, deux médians et deux latéraux

(Albrecht 1882, Biondi 1888). Les deux os médians porteraient chacun l'incisive médiane, les deux os latéraux l'incisive latérale.

Pour Warynski (1888), il n'existerait bien que deux os intermaxillaires développés suivant le mode classique, mais chacun de ces deux os porterait un point d'ossification séparé, ce qui explique la controverse.

En tous les cas, l'indépendance d'origine des os incisifs reste intangible. Quelle que soit la théorie adoptée, on conçoit que toute cause de perturbation affectant le développement de l'os incisif détermine par voie de conséquence un vice d'implantation, écartement par exemple, des dents correspondantes, c'est-à-dire des deux incisives supérieures médianes et latérales. Elle explique même certaines anomalies relevées sur les canines supérieures dont l'alvéole est à la limite de démarcation de l'os incisif et du maxillaire supérieur.

INCISIVES INFÉRIEURES

Nous retrouverons ici, mais à un degré moindre, les facteurs de prédisposition à l'écartement des incisives que l'étude du développement nous a permis de constater à la mâchoire supérieure.

Le maxillaire inférieur se développe à la face

externe du cartilage arciforme de Meckel sur lequel il semble se modeler. Ce cartilage apparaît dès le premier mois de la vie intra-utérine dans l'épaisseur de la branche maxillaire de l'arc facial. Pour les auteurs modernes, les deux extrémités mentonnière et condylienne du cartilage s'ossifieraient et participeraient ainsi à la formation du maxillaire inférieur par fusion avec les points d'ossification correspondants du maxillaire. Le reste du cartilage, jouant seulement un rôle de soutien, se résorberait.

. Quoi qu'il en soit, le maxillaire inférieur *est primitivement formé de deux os distincts*, de deux moitiés : Chacune de ces moitiés présente six points d'ossification. Le premier point, point inférieur, apparaît vers le 35^e jour sous forme d'une trame osseuse qui commence vers l'angle de la mâchoire et s'étend jusqu'au tiers inférieur de celle-ci ; ce point forme le bord inférieur de la mâchoire.

Un deuxième point, *point incisif*, apparaît peu après ; il occupe, *de chaque côté de la symphyse, la place où se développeront les dents incisives*. Les autres points sont sans intérêt pour le développement dentaire.

Le maxillaire ainsi formé se présente comme une gouttière ouverte en haut et sans subdivision. Puis, les cloisons interalvéolaires apparaissent autour des germes dentaires, formant les alvéoles étagées en deux séries répondant aux deux dentitions.

Les deux moitiés du maxillaire inférieur se soudent ensemble un peu après la naissance. La

trace de cette soudure est marquée par la symphyse du menton.

*
* *

Les notions que nous venons d'exposer nous autorisent à conclure par les propositions suivantes :

L'écartement des incisives supérieures et inférieures est favorisé, à la mâchoire supérieure, par la séparation des os incisifs droit et gauche et à la mâchoire inférieure par la division primitive en deux moitiés du maxillaire inférieur.

Il n'est pas douteux que le grand nombre des malformations qui, dans la syphilis, frappent avec prédilection les incisives supérieures, ne trouve sa raison d'être dans les particularités de développement de l'os incisif et dans les différentes dispositions anatomiques qu'il traverse avant d'arriver à sa soudure définitive avec le reste du massif facial supérieur.

A des altérations purement osseuses, nous rapporterons les *becs de lièvre* dans la genèse desquels le rôle de la syphilis a été mis en valeur par Fournier, l'*atrophie de l'os incisif* signalée dans la syphilis par A. Fournier et par Chompret.

A des altérations d'origine alvéolaire, c'est-à-dire de nature ostéo-dentaire, nous attribuerons les vices d'implantation tels que l'*écartement* des incisives supérieures, l'*absence* de ces mêmes incisives.

Enfin à des altérations des germes dentaires, les malformations purement dentaires, telles que les différentes érosions des incisives, les incisives d'Hut-

chinson, les incisives en tournevis le microdontisme, etc...

La malformation qui nous intéresse plus spécialement, l'écartement isolé des incisives, a certainement pour origine prépondérante une altération osseuse, ainsi que le supposait avec logique le Prof^r Fournier dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive.

L'abondance et l'importance de ces malformations à la mâchoire supérieure témoignent de la vulnérabilité particulière de l'os incisif au cours de son développement, vulnérabilité en rapport avec la précocité d'apparition de cet os et l'individualité de son évolution embryologique.

« *La syphilis, qu'elle soit héréditaire ou acquise, aime le bourgeon incisif* » concluent dans un travail récent Nicolas, de Lyon, et ses collaborateurs Massia et Dupasquier (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1923, p. 445).

ETUDE CLINIQUE

Il existe différents types d'écartement des incisives.

Tout d'abord, nous distinguerons deux grands groupes : Dans le premier, l'écartement des incisives existe à titre de malformation isolée, dans une dentition par ailleurs normale. Dans le second groupe, rentrent les sujets porteurs de malformations dentaires multiples, parmi lesquelles l'écartement des incisives n'est qu'un élément secondaire.

Nous étudierons principalement la première catégorie de faits : l'écartement des incisives stigmaté isolé, ou tout au moins tellement marquant qu'il relègue au second plan d'autres défectuosités dentaires éventuelles.

1) L'ÉCARTEMENT DES INCISIVES, STIGMATE DENTAIRE ISOLÉ

L'écartement des incisives médianes peut exister à la mâchoire supérieure, à la mâchoire inférieure ou simultanément aux maxillaires supérieur et inférieur.

Il nous apparaît que le cas le plus fréquent est

l'écartement des incisives médianes supérieures, ainsi que l'enseignait le Professeur Gaucher : sur les 45 cas réunis ici par nous, 43 fois il s'agit de l'espacement des deux incisives médianes supérieures.

L'écartement des incisives inférieures expressément signalé par le Professeur Fournier comme le plus courant (ou le plus significatif) nous semble bien moins fréquent. Sa valeur est néanmoins indiscutable, ainsi qu'en témoigne le cas de MM. Gilbert, H. Bénard et Fatou que nous rapportons plus loin.

Quant à l'espacement, chez un même sujet, des incisives médianes supérieures et inférieures, nous croyons que c'est un fait rare : nous ne l'avons pas rencontré personnellement. Percy Willard Roberts l'a observé chez un hérédosyphilitique atteint de lésions ostéo-articulaires en activité.

Pour être valable en tant que stigmate hérédosyphilitique, nous pensons que l'écartement des incisives doit présenter les caractéristiques suivantes :

Il faut qu'il y ait un espacement minimum de 2 millimètres (on observe couramment des écartements de 3 et 4 millimètres).

Il faut que l'écartement des incisives existe dès l'apparition de la seconde dentition : Nous dénissons toute valeur aux écartements tardifs (en général inférieurs à 2 mm.) consécutifs par exemple à l'extraction de dents voisines ou spontanés avec l'âge.

L'écartement existe en général dès la première dentition et se répète à la seconde dentition.

Sa valeur est la même à la mâchoire et à l'inférieure.

C'est seulement en montrant la fréquence d'une telle anomalie chez des hérédosyphilitiques porteurs de lésions en activité ou de témoignages morphologiques ou sérologiques indiscutables que l'on peut logiquement établir sa valeur en tant que stigmat. Aussi jugeons-nous que la partie la plus importante de cette thèse est constituée par les observations que nous allons maintenant rapporter.

Observations d'écartement des incisives, stigmate dentaire
isolé ou prépondérant chez des sujets notoirement
hérédo-syphilitiques.

OBSERVATION INEDITE

(due à l'obligeance de MM. BRIN et FATOU)

Ecartement des incisives supérieures chez une enfant de 11 ans ne présentant par ailleurs aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Wassermann et Bauer positifs au maximum dans le sang. Syphilis trouvée chez les parents.

Enfant de 11 ans, de bonne santé et de développement physique et intellectuel supérieur à la normale. Traits réguliers. Pupilles normales. Aucun stigmate osseux de syphilis. Pas de signe de rachitisme. Mais on est frappé au premier abord par un *écartement considérable* (4 millim.), *anormal*, des incisives supérieures. On a l'impression qu'il manque une dent, déclare l'entourage, mais ce serait entre les incisives supérieures médianes.

Or, cette enfant est la seule enfant vivante actuellement : sa mère a eu un enfant mort-né et après elle deux fausses-couches de 3 mois environ, survenues spontanément et n'ayant donné lieu à aucune complication.

La mère, examinée, veut bien se prêter à une prise de sang ainsi que sa fille : les réactions de Wassermann et de Bauer, pratiquées au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, se montrent *positives au maximum*.

L'intérêt de cette constatation nous pousse à convoquer le père de l'enfant et à l'interroger : homme de 45 ans, atteint d'une légère cyphose dorsale datant de sa jeunesse, de bonne santé habituelle. Il nie toute spécificité, ne présente aucun trouble de la réflexivité pupillaire ni tendineuse.

Mais cet homme, bien portant jusqu'ici, accuse depuis quelque temps des vertiges qui ne vont pas jusqu'à la perte de connaissance. Il s'agit, dit-il, de simples éblouissements. En outre, il présente une hydrocèle vaginale du volume d'une grosse orange, sous forte tension et au travers de laquelle il est impossible de sentir le testicule, et même d'éveiller la sensibilité testiculaire au lieu d'élection. Particularité intéressante, le testicule opposé est au contraire remarquablement atrophié, de la dimension d'un gros haricot, de consistance molle, d'une indolence absolue.

Ce sujet nous raconte que son hydrocèle est apparue récemment, à la suite d'un traumatisme survenu au cours de son travail et dont il produit l'attestation sous forme d'un certificat d'accident en règle. N'obtenant aucune amélioration malgré le repos et le port de son suspensoir, il se laisse opérer quelques jours plus tard par son médecin qui nous le renvoie à l'Hôtel-Dieu pour avoir notre avis sur son testicule apparu tout à fait anormal au cours de l'intervention.

Nous constatons un testicule dur, indolent, bosselé, donnant à la palpation la sensation de 3 ou 4 marrons agglomérés, — examen d'autant plus frappant que le

testicule opposé est, nous l'avons dit, mou et extrêmement atrophie.

Une réaction de Wassermann et de Bauer pratiquées dans le sang donnent ici également un résultat positif au maximum.

Le traitement hydrargirique (cyanure intraveineux quotidien) est institué immédiatement et amène en quelques jours la disparition des bosselures du testicule et le retour de la sensibilité abolie. Le brillant résultat obtenu détermine le père à nous confier sa femme et sa fille pour les traiter pareillement.

Cette observation nous semble particulièrement instructive par ce que nous y voyons l'écartement des incisives seul stigmate d'une hérédosyphilis absolument latente et très virulente ainsi que l'atteste la positivité intense du Wassermann sanguin. D'autre part, ce stigmate d'hérédosyphilis nous a permis de remonter à une syphilis paternelle méconnue et dont une manifestation active était prise pour un accident de travail.

OBSERVATION GILBERT, H. BENARD et FATOU (résumée)

(*Soc. méd. des Hôpitaux*, décembre 1923).

Il s'agit d'un malade, âgé de 19 ans, entré à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu pour une poly-arthrite subaiguë. Mais les caractères de ce rhumatisme font écarter le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu porté précédemment : en effet, il s'agit d'un rhumatisme poly-articulaire, présentant une affinité générale pour les grosses articulations, tibio-tarsiennes, coudes, genoux, poignets, mais susceptibles de léser également de petites articulations comme les deux temporo-maxillaires. Faits à noter : ces atteintes sont bilatérales, elles sont polymorphes (arthralgies, fluxions, épanchements), l'évolu-

tion en est anormale : fièvre peu élevée, ankylose rapide partielle du coude et au contraire passage à la chronicité de l'hydarthrose double des genoux.

Enfin et surtout deux complications particulières donnent la signature de l'infection hérédo-syphilitique chez ce sujet : concurremment aux poussées rhumatismales, le malade est atteint de kératite double et, en outre, il présente à deux reprises de la périostite tibiale.

On élimine ainsi facilement le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, la blennorragie.



FIGURE 1.

Observation Gilbert, H. Bénard et Fatou.

Kératite-interstitielle de l'œil gauche.
Ecartement des incisives inférieures.

L'examen du malade confirme la notion d'hérédosyphilis : « Si l'on inspecte en effet sa dentition, on est frappé par l'écartement considérable qui sépare les deux incisives médianes inférieures et par un microdontisme de ces deux incisives qui ont un aspect en grain de riz caractéristique (fig. 1).

« A côté de ces stigmates dentaires, l'examen révèle des signes dystrophiques discrets touchant le squelette. Il existe un syndrome hypophysaire du type acromégalyque : même pour sa grande taille, 1 m. 78, le sujet présente des mains et des pieds excessifs, il a un léger degré de genu valgum, d'autre part le massif facial est anormal, le nez est très fort, le menton en galoche, la voûte palatine est ogivale et profonde. »

L'origine hérédosyphilitique de ces manifestations n'est pas niable. Elle est confirmée par les différentes épreuves de laboratoire : le Wassermann de la mère est positif total, la réaction de Wassermann et la réaction de Bauer, faites à plusieurs reprises avec le sang du malade, se sont montrées positives totales. Enfin, particularité extrêmement intéressante et qui a donné lieu depuis à des travaux confirmatifs ⁽¹⁾, la ponction de l'hydarthrose du genou a fourni un liquide à formule cytologique très spéciale (polynucléose intacte presque exclusive) et comportant un Wassermann hyperpositif.

La photographie que nous joignons à cette observation résumée permet de voir l'écartement considérable des incisives médianes inférieures et l'association à cet écartement du microdontisme de ces mêmes incisives. La valeur de ce stigmate est ici particulièrement frappante en raison du peu d'intensité de tous les autres signes dystrophiques présentés par le malade.

(1) FATOU. — *Les Manifestations articulaires de l'hérédosyphilis tardive* (Bulletin Médical, juin 1924).

ROUGIER. — *Thèse*, Paris, 1924.

OBSERVATIONS de Percy WILLARD ROBERTS

(*Journ. of the Am. Med. As.*, 9 février 1918, p. 374).

Case 1. — M. C., âgé de 4 ans, est traité pour tuberculose du genou gauche depuis 2 ans $\frac{1}{2}$, portant un appareil plâtré durant toute cette période. Le 19 mars 1917, le genou était augmenté de volume, tendu et douloureux à la moindre tentative de mobilisation. La jambe entière était atrophiée et raccourcie d'un demi pouce par rapport à la droite. L'examen radiographique révèle une destruction étendue du condyle externe du fémur et de la moitié interne de la tête du tibia.

Sur l'évidence de l'hérédosyphilis, attestée par un large écartement des incisives centrales supérieures, le traitement mixte est institué. Deux semaines plus tard toute douleur a disparu, le genou peut être fléchi de 20° sans gêne. Les progrès continuèrent et trois mois après le début de la médication, la motilité de la jointure était normale à l'exception d'un jeu de latéralité dû à la destruction osseuse révélée par la radiologie. Il n'y avait plus de douleur, l'enfant avait repris toute son activité.

Case 2. — R. F., âgé de 6 ans, avait une coxalgie gauche diagnostiquée à l'hôpital le 22 mai 1916. Un spica plâtré fut appliqué et maintenu 6 mois. Ce spica fut enlevé quelque temps, mais les symptômes réapparurent et le plâtre fut remis et maintenu jusqu'en avril 1917. L'examen des dents révéla un large écartement des incisives. La motilité de la hanche était très réduite, il y avait de fortes contractures aux mouvements passifs. Le traitement mixte fut prescrit. Quatre semaines plus tard, la cuisse pouvait être fléchie à 100°, sans douleur. La contracture était très réduite mais la boiterie considérable. Le 10 octobre 1917 tous les symptômes avaient

disparu, l'enfant était très actif et la flexion de la cuisse redevenue normale.

Case 4. — H. K., sexe féminin, âgée de 16 mois, présentait depuis plusieurs semaines des signes typiques de tuberculose du genou droit et entra avec ce diagnostic. Il y avait douleur, gonflement, contracture et flexion irréductible de la jointure. En outre elle avait depuis 3 mois une dactylite du quatrième doigt de la main gauche. *L'enfant offrait un large écartement des incisives supérieures.* Placée au traitement mixte, deux semaines plus tard la douleur avait complètement disparu, la jambe pouvait être amenée à l'extension complète, l'enfant était beaucoup plus active et ne présentait plus de boiterie. En deux mois, tous les signes avaient disparu aussi bien au genou qu'au doigt.

Case 10. — C. P., âgé de 5 ans, avait été traité pour tuberculose de la hanche il y a 3 ans. Quand il fut hospitalisé, l'articulation était extrêmement douloureuse et deux fistules qui existaient depuis plus de deux ans donnaient abondamment. L'examen des dents révélait un *large écartement des incisives supérieures et inférieures.* Sur cette évidence d'hérédo-syphilis il fut alité et placé au traitement mixte. Une semaine plus tard, la douleur avait appréciablement diminué. Trois semaines après, la hanche n'était plus sensible, le rendement des fistules était tari. En 2 mois, l'enfant marchait à l'aide d'un appareil de contention sans douleur, les fistules fermées. La radiographie révélant une destruction étendue élimine la possibilité de restitution de la fonction articulaire.

OBSERVATIONS de la thèse MERLIER

(*Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson*, Paris, 1918).

Observation IX. — Jeune homme de 20 ans, consulte en janvier 1923 pour une double kératite parenchymateuse. Syphilis reconnue du père. Mortalité infantile collatérale.

Facies d'Hutchinson, nez en lorgnette, voûte palatine ogivale. *Ecartement des deux incisives médianes supérieures*. Tibias normaux, bosses frontales très fortes. Audition diminuée depuis une otite. Kératite intense. Hydarthrose double des genoux avec gonflement des culs-de-sac, laxité ligamenteuse, choc rotulien net. Indolence : les genoux sont gonflés depuis plusieurs mois, mais le sujet marchant comme auparavant ne s'en est pas préoccupé.

Traitement : Frictions mercurielles, iodure de potassium : la kératite évolue 18 mois, genoux non guéris complètement à la fin.

Observation X. — Enfant de 8 ans (mère syphilitique). En octobre 1915, kératite intense de l'œil gauche. *Dentition convenable sauf que les incisives supérieures sont très écartées*; pas de surdité, nez légèrement aplati, gros ventre, entérite depuis l'enfance. Tibias normaux. Genou gauche plus gros que le droit, douloureux par moment, choc rotulien très net; épiphyses tibiales et fémorales épaissies, culs-de-sac gros. Mêmes phénomènes, moins accentués, au genou droit.

Premier trimestre 1916, kératite double, malade aveugle, genoux dans le même état. Amélioration de la vu en avril. Genou gauche diminué, plus de douleur.

Fin 1916, guérison des yeux.

Octobre 1917, surdité qui reste complète.

OBSERVATION du P^r GAUCHER

(*Annales des Mal. vénér.*, novembre 1915, p. 649).

*Un cas d'écartement des incisives médianes supérieures,
unique dystrophie d'hérédo-syphilis.*

Mlle X..., âgée de 23 ans, m'est amenée par son père pour une séborrhée banale. En examinant cette jeune fille, je constate qu'elle présente un écartement très marqué des incisives médianes supérieures sans autre dystrophie dentaire, sans prognathisme, avec une voûte palatine normale, sans aucun autre stigmate d'hérédo-syphilis.

Pendant mon examen, le père me dit en souriant : « Vous voyez que c'est une très belle fille, comme vous me l'aviez prédit. Vous n'en avez pas le souvenir mais je vous l'ai amenée à l'âge de 3 ans, il y a 20 ans. » Le père me rappela alors qu'à cette époque il était venu me consulter sur l'avenir de sa fille au sujet de laquelle il était inquiet à cause de ses antécédents syphilitiques, et que je l'avais rassuré. Cette jeune fille n'a d'ailleurs jamais été malade. Elle est grande, bien faite, et ne présente aucune lésion viscérale, osseuse, cutanée ou muqueuse, aucun trouble nerveux.

La syphilis du père était donc connue et avouée et le point intéressant de cette observation est l'existence chez une hérédo-syphilitique, d'une seule dystrophie, *l'écartement des incisives médianes supérieures*, dystrophie sur laquelle j'ai attiré l'attention et que je considère comme un stigmate certain d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION de GAUCHER, BIZARD et BRALEZ

(Ann. des Mal. vénér., mai 1915, p. 257).

Gomme de la langue survenue à l'âge de 9 ans chez une syphilitique héréditaire, présentant de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Fillette de 9 ans amenée par sa mère à la polyclinique pour une lésion de la langue dont elle se plaint depuis 8 jours. A la face supérieure de la langue, partie moyenne, en avant du V lingual, on observe une petite tumeur ovoïde d'environ 2 cm. de long sur 1,5 de large, légèrement surélevée et très indurée. Au centre, ulcération à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux : apparence classique d'une gomme ulcérée. Pas d'adénopathie cervicale, mais nombreuses fissures sur les bords latéraux de la langue et *écartement très accentué des incisives médianes supérieures*. L'interrogatoire révèle des détails intéressants : 18 mois auparavant, l'enfant semble avoir présenté une double kératite interstitielle qui aurait cédé après deux séries de 12 injections hypodermiques.

La mère, bien portante, déclare n'avoir jamais été malade. Elle-même appartient à une famille de 14 enfants dont deux seulement sont morts accidentellement. Son père est mort d'ictus à 65 ans, sa mère vit encore. Cependant, antérieurement à la naissance de ses deux enfants (dont notre malade est la seconde), elle a eu une fausse-couche de quelques mois.

La fille aînée, examinée, présente aussi des signes dystrophiques : obésité précoce, front bas, voûte palatine profonde, langue fissurée. Comme sa sœur cadette elle a eu de la kératite interstitielle à l'âge de 3 ans. La réaction de Wassermann du sang est négative chez la mère, positive totale chez les deux enfants. Le traitement confirma ici le diagnostic de syphilis héréditaire :

la gomme de la langue était complètement cicatrisée après 20 injections de benzoate de Hg à 0,5 cent. et 20 jours d'iodure de potassium simultané.

OBSERVATIONS du Mémoire de GAUCHER (résumées).

(Les sept premières observations concernent des cas d'écartement des incisives chez des hérédo-syphilitiques notoires).

Observation 1. — Enfant suivie depuis l'âge de deux mois par le Professeur Gaucher et soignée (syphilis maternelle deux ans avant la naissance). Chute des dents de lait à 6 ans. A 9 ans, de la *seconde dentition*, restent à pousser les canines et les deux dernières molaires. Les dents sont de forme normale sans atrophie, non cariées. La seule anomalie constatée est l'*écartement des incisives médianes supérieures*.

Observation 2. — Enfant de 10 ans. *Ecartement des incisives médianes supérieures*.

Incisives latérales supérieures petites.

Wassermann positif.

Ulcération tertiaire au mollet gauche.

Observation 3. — Fille de 8 ans $\frac{1}{2}$. Lésion ulcéro-croûteuse périunguéale avec onyxis depuis 2 ans. Père, mère bien portants, pas de fausses-couches. Quatre enfants avant elle, mais l'un d'eux a le nez « cassé ». Après elle, un enfant mort à la naissance.

Toutefois, enfant normale, nez un peu écrasé à la base, voûte palatine creuse, *écartement très marqué* (2 millim.) *des incisives médianes supérieures* avec écartement des incisives médianes latérales.

Wassermann négatif (foie d'hérédosyphilitique) mais positif total avec antigène Desmoulières.

Guérison de la lésion croûteuse par le traitement.

Observation 4. — Jeune homme de 20 ans, maux de tête, insomnies, pertes séminales depuis 2 mois. Asymétrie faciale, voûte palatine profonde, *écartement des incisives médianes supérieures*.

Le père avoue la syphilis. (L'enfant a été opéré d'une double cataracte congénitale, les trois sœurs du malade ont également présenté des cataractes congénitales.)

Observation 5. — Jeune homme de 20 ans. Parésie du membre supérieur droit, séquelle d'un ictus (hémiplegie droite avec aphasie).

Sujet petit, peu développé, pas de malformations organiques. *Ecartement des incisives médianes supérieures*. Microdontisme des incisives latérales. Quelques striations longitudinales sur l'incisive supérieure droite. Pas de syphilis acquise.

Jusqu'à 17 ans, incontinence nocturne d'urine. Wassermann positif. Abolition des réflexes lumineux, pupilles inégales, déformées. Guérison par le traitement mixte ioduré mercuriel.

Observation 6. — Fille de 6 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Placard sirciné papulo-squameux sur la cuisse depuis 2 ans. *Fort écart des incisives médianes supérieures* (dents de lait), stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de syphilis héréditaire.

Observation 7. — Concerne un cas d'écartement familial des incisives supérieures (mère et fille). Nous la reportons plus loin avec des cas analogues.

OBSERVATIONS du Mémoire de GAUCHER (Suite).

Observations de sujets n'ayant pour tout stigmaté d'hérédo-syphilis que l'écartement des incisives médianes supérieures, mais porteurs d'une réaction de Wassermann positive.

Observation 9. — Fille de 17 ans, phtiriase du cuir chevelu, enceinte de 7 mois, robuste. Dents bien conformées, sans érosions, mais écart très marqué des incisives médianes supérieures.

Wassermann positif atténué (Desmoulières).

Observation 10. — Herpès vulvaire typique.

Un peu d'asymétrie faciale, voûte palatine ogivale. Première molaire gauche implantée en dedans de l'arcade dentaire. Dents irrégulièrement implantées. Microdontisme des incisives latérales supérieures et des incisives inférieures, quelques érosions dentaires. *Ecart net des incisives médianes supérieures.*

Wassermann positif.

Observation 12. — Fille de 12 ans, bien développée, sourde depuis l'enfance, nez légèrement écrasé à la base. *Ecartement des incisives médianes supérieures*, atrophie des incisives latérales. Wassermann positif total.

Avant elle, sa mère accoucha à 7 mois d'un enfant mort 24 heures plus tard et atteint de malformation cardiaque.

Observation 13. — Homme de 54 ans. Tuberculose verruqueuse du pied gauche et de la cuisse, remontant à l'âge de 19 ans. Pas d'antécédents vénériens. Léger écrasement à la racine du nez et *écart très marqué des incisives médianes supérieures.*

Wassermann positif atténué (Desmoulières).

Observation 14. — Homme de 25 ans. Blennorragie. Pas de syphilis acquise. *Incisives médianes supérieures écartées de 6 millim.* Un peu de prognathisme de la mâchoire supérieure.

Wassermann positif atténué.

L'écartement des incisives stigmaté familial

Dans son mémoire sur la valeur de l'écartement des incisives comme stigmaté hérédito-syphilitique, le Professeur Gaucher donne des observations où ce signe se retrouvait chez plusieurs membres de la même famille : chez la mère et un enfant par exemple.

De tels faits ont entraîné chez le Professeur Gaucher la conviction que *l'écartement des incisives peut se retrouver dans la descendance des syphilitiques pendant plusieurs générations*. « Il semble que la dystrophie, une fois établie, puisse se reproduire au cours des générations successives. » Mais, toujours en pareil cas, à une époque plus ou moins lointaine et à l'une ou l'autre génération, on trouve l'hérédité syphilitique à l'origine de l'écartement des incisives médianes supérieures. Cela peut être simplement pour Gaucher *une source de difficultés pour démontrer l'origine syphilitique de la malformation*.

Voici quelques exemples d'écartement des incisives familial.

OBSERVATION 7 du Mémoire de GAUCHER

Femme de 28 ans. Syphilis acquise. Wassermann positif. *Mais avant de contracter la syphilis*, deux fausses-couches de 3 et 4 mois, ensuite garçon né à 8 mois et mort âgé de 5 mois. Avant ces deux fausses-couches a eu deux enfants vivants, bien portants. *Mais l'un d'eux* (fille de 10 ans) *a de l'écartement des incisives médianes supérieures.*

Or, *la malade présente de même un écartement très marqué (4 millim.) des incisives médianes supérieures*, sans aucune autre dystrophie dentaire.

OBSERVATION 11 du Mémoire de GAUCHER

Jeune homme de 20 ans.

Ecartement des incisives médianes supérieures.

Ptosis congénital, strabisme divergent œil gauche.

Wassermann positif.

Les deux sœurs du-malade ont le même écartement des incisives. Père mort d'angine de poitrine;

OBSERVATION de LEREBoullet

Homme de 33 ans, qui n'a jamais eu de syphilis acquise, atteint depuis 10 ans de troubles dyspeptiques avec vomissements faciles, et surtout de céphalées à prédominance nocturne.

Or, à l'examen, on est frappé de *l'écartement prononcé des incisives médianes supérieures séparées l'une de l'autre par un espace de 4 millimètres.* Les incisives sont en outre légèrement érodées sur leur bord libre. Les incisives inférieures sont bien implantées, mais leur microdontisme contraste avec le développement des

supérieures. Ajoutons que la voûte palatine est profonde et d'apparence ovale.

L'écartement des incisives supérieures qui constitue le symptôme le plus apparent a d'ailleurs frappé le malade qui dit qu'il s'agit là d'un *stigmate familial* : sa mère le présente, la sœur de sa mère le présente également. Un *de ses frères* aurait de même les incisives supérieures écartées. Enfin sa fille, âgée de 5 ans, présente ce même stigmate dentaire.

Or, malgré ce caractère familial, une syphilis des des ascendants semble ici plus que probable : dans les antécédents familiaux du malade, on relève que sur 6 frères et sœurs, trois sont morts en bas âge de méningite, un autre frère est à la fois atteint d'ophtalmie purulente et d'ostéite suppurée du fémur, de nature inconnue, mais qui remonte à l'enfance et a nécessité de nombreux traitements. Dans toute la famille, les céphalées sont habituelles.

Le malade, en dehors des accidents névropathiques accusés dont il se plaint et des crises épileptiformes qu'il a de temps à autre, ne présente pas de signes organiques importants. On relève toutefois chez lui un *nystagmus léger*, mais appréciable des deux yeux, sur lequel il ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement. Enfin, la réaction de Wassermann pratiquée chez lui est faiblement mais nettement *positive*.

Dans cette observation donc, l'écartement des incisives constitue de beaucoup le stigmate dominant. Or l'interrogatoire et l'examen clinique établissent la très grande probabilité de l'hérédité syphilitique :

frères morts en bas-âge, de méningite;

frère atteint d'ostéite chronique et de troubles oculaires;

céphalées habituelles dans la famille;

présence, chez le malade, de troubles nerveux avec céphalée et crises épileptiformes;
présence de nystagmus;
la réaction de Wassermann vient compléter cet ensemble.

L'hérédité du stigmat dystrophique est ici particulièrement nette.

OBSERVATION de Percy WILLARD ROBERTS

(J. of A. M. A., février 9, 1918, p. 375. Case 7)

W. U..., âgé actuellement de 15 ans, a présenté à l'âge de 10 ans des douleurs dans le coude gauche qui déterminèrent une limitation de la motilité. Il fut traité pour tuberculose de la jointure. Une ankylose à angle droit s'ensuivit et dura 2 ans. Une fistule persistante demeura après évacuation d'un abcès.

Sous l'influence du traitement mixte, la fistule se tarit; l'entière motilité revint à la jointure et le malade est demeuré indemne de tout phénomène pathologique depuis deux ans.

Cet enfant a les incisives supérieures remarquablement écartées. Deux autres enfants de la même famille présentent les mêmes stigmates dentaires. Tous deux ont des symptômes d'hérédo-syphilis en activité. De ces trois enfants, deux donnent une réaction de Wassermann négative, et le troisième ++++.

Ces quelques observations nous paraissent appuyer avec force la doctrine de Gaucher.

Cette doctrine se heurte pourtant *a priori* à une objection que nous allons discuter rapidement : Le caractère exceptionnel de l'hérédité similaire dans la syphilis.

Ici, en effet, on voit — tel le cas de Lereboullet, — *trois générations successives* présenter le stigmate d'écartement des incisives médianes supérieures.

Or, dans la syphilis, il semble plus fréquent de noter des particularités tératologiques différentes de celles des générateurs. Comme le fait remarquer Ed. Fournier, c'est *la tendance à la malformation* qui est héréditaire bien plus que la malformation elle-même.

À la vérité, les cas d'hérédité similaire ne sont pas si exceptionnels que l'opinion commune le prétend : récemment Pinard présentait à la Société Médicale des Hôpitaux, une mère syphilitique et son nourrisson atteints tous les deux d'une perforation du voile du palais. L'hérédité bien connue de certaines grossesses gemellaires est considérée comme une manifestation de la syphilis. L'exemple des cas de transmission familiale d'écartement des incisives supérieures s'inscrit à l'appui de cette manière de voir.

Il nous apparaît donc que la répétition familiale d'une même tare ne doit pas exclure systématiquement l'idée d'une étiologie syphilitique, au contraire peut-être.

Il y a là un point extrêmement intéressant qui touche au problème de l'hérédité. Certains *caractères acquis*, mais acquis congénitalement, tels le bec de lièvre et les malformations dentaires, provenant d'un trouble embryologique précoce, semblent se comporter comme des caractères *innés*, c'est-à-dire paraissent susceptibles de se transmettre aux descen-

dants, constituant désormais une qualité héréditaire.

Ainsi « la syphilis, qui a sa place marquée dans l'étiologie des dystrophies, des malformations et des monstruosité, y figure non seulement au titre d'une cause immédiate, prochaine, voisine, mais encore au titre d'une cause médiate, distante, ancestrale. De là pour la pratique, un enseignement à ne pas oublier, qui est celui-ci : étant donné un sujet affecté d'une dystrophie, d'une malformation, d'une monstruosité, ne pas rechercher seulement l'origine de ces phénomènes dans la première lignée des ascendants, mais remonter *plus haut* et la rechercher sur des ascendants plus éloignés » ⁽¹⁾.

OBSERVATION INEDITE

Il nous paraît intéressant d'ajouter à ce chapitre l'observation suivante où le caractère familial de l'écartement des incisives supérieures est très marqué, puisque toute une génération composée de quatre enfants le présente. Il ne nous a pas été possible de compléter cette observation par une enquête sur l'éventualité d'une syphilis originelle. Telle quelle néanmoins, elle nous semble mériter d'être versée dans le débat.

M..., âgé de 28 ans, sans aucun passé pathologique suspect, de taille moyenne, d'excellente santé habituelle,

(1) Ed. FOURNIER. — *Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis*, 1898, p. 351.

présente un écartement isolé des incisives supérieures d'environ 4 millim. (fig. 2).

Voûte palatine normale. Pas trace de stigmatc osseux, oculaire ni auriculaire. N'a jamais eu d'hydarthrose des genoux.

Un seul détail à noter : nez de forme un peu anormale, l'ossature en étant légèrement ensellée.

Les dents sont par ailleurs absolument saines : pas



FIGURE 2.

Ecartement des incisives supérieures, stigmatc familial

de microdontisme, pas d'implantation vicieuse, pas d'érosions dentaires, pas de tubercule de Carabelli.

Il ne nous a pas été possible de pratiquer chez ce sujet la réaction de Wassermann du sang. Les renseignements que nous avons nous autorisent à penser que la génération actuelle est indemne de toute manifestation syphilitique.

Les parents étaient bien portants : le père est mort peu après la naissance du sujet, d'une congestion pulmonaire. La mère est morte accidentellement,

Le point particulier de cette observation, négative au point de vue étiologique, et qui nous pousse à la rapporter, c'est que le sujet est le dernier né de quatre enfants; or les trois autres présentent *le même écartement des incisives*.

L'aînée, âgée de 36 ans, a eu il y a peu de temps un premier enfant né à terme et bien portant. La seconde, âgée de 34 ans, a un écartement des incisives supérieures encore plus prononcé que celui de notre sujet. Le troisième, âgé de 32 ans, n'a rien d'autre à signaler en dehors de cette particularité.

L'écartement des incisives associé à d'autres anomalies dentaires

Les observations que nous avons présentées jusqu'ici, concernant des cas d'écartement des incisives, d'autant plus remarquables que le reste de la dentition est par ailleurs parfaitement normale ou n'offre que des défectuosités vraiment minimales. Dans tous ces cas, l'écartement des incisives apparaît comme un stigmate isolé et sa découverte est de première puisqu'elle fait immédiatement soupçonner l'hérédosyphilis dont le sujet est atteint.

Dans la catégorie de faits que nous allons envisager maintenant, l'écartement des incisives n'est plus un stigmate isolé, il est associé à d'autres anomalies dentaires. L'intérêt de sa constatation serait donc ici bien moindre. D'autres stigmates mieux connus frappant d'abord l'observateur, l'espacement dentaire passe au second plan et souvent n'est pas même mentionné à titre de caractère secondaire.

Nous reproduisons ici des figures extraites des travaux d'Ed. Fournier et une page de la thèse de

Mozer où l'écartement des incisives accompagne différentes malformations dentaires dont la nature hérédosyphilitique a pu être établie. Et ceci n'est pas indifférent pour la thèse que nous soutenons : à savoir la valeur de l'écartement des incisives comme stigmate de l'hérédosyphilis. Nous avons montré les présomptions d'hérédosyphilis que doit entraîner la constatation d'un écartement isolé des incisives ; nous montrons maintenant des cas d'écartement des incisives frappant des dentitions par ailleurs manifestement entachées d'hérédosyphilis. Les deux ordres de faits se complètent mutuellement : la valeur étiologique de l'écartement des incisives s'affirme par cette coïncidence.

On notera fréquemment l'écartement des incisives dans des cas d'incisives du type Hutchinson (incisives médianes supérieures, par exemple figure 1 de la planche Mozer, figure 38 d'Ed. Fournier).

Dans certains cas, les incisives syphilitiques (incisives d'Hutchinson, incisives en tournevis) sont obliques, divergentes ; alors l'écartement augmente à partir de la gencive jusqu'à l'extrémité libre de la dent : figures 2 et 3 de la planche Mozer.

L'écartement des incisives peut accompagner les malformations dentaires les plus disparates : érosions dentaires multiples, microdontisme et espacement anormal de toute la rangée dentaire (figures 32, 51 et 52 d'Ed. Fournier).

PLANCHE I



Fig. 1

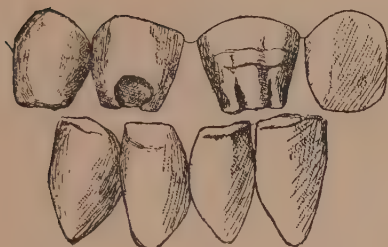


Fig. 3



Fig. 2



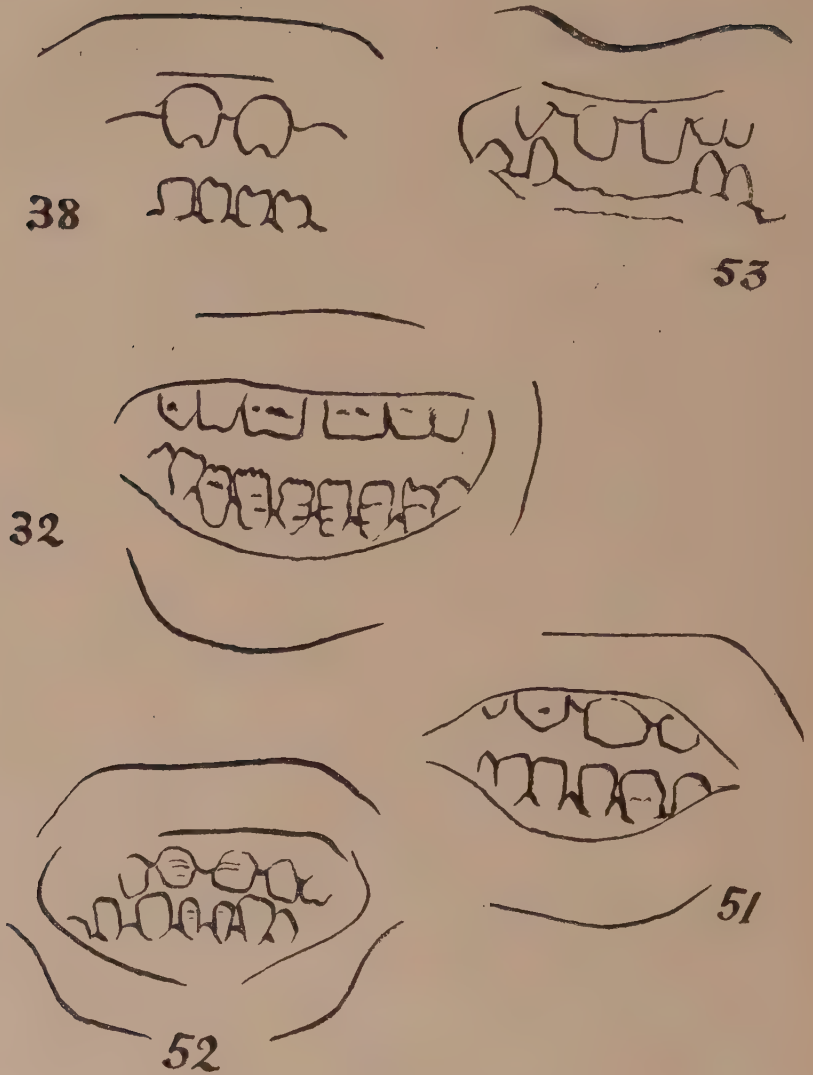
Fig. 5



Fig. 4

Page 135 de la thèse MOZER (Paris 1917).
Tableau clinique et réaction de Wassermann dans le diagnostic
de la syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire.

PLANCHE II



Figures empruntées à l'article d'Ed. Fournier montrant l'écartement des incisives en association avec d'autres malformations dentaires de nature hérédo-syphilitique.

OBSERVATION 8 du Mémoire de GAUCHER

Fille de 12 ans $\frac{1}{2}$ (syphilis maternelle un an avant la naissance), crises épileptiques depuis l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$.

Ecartement maximum des incisives médianes supérieures, incisives ayant d'ailleurs l'aspect Hutchinson.

Atrophie des incisives latérales supérieures.

Cicatrices de fissures péri-buccales.

OBSERVATIONS de la thèse MERLIER

Observation VI. — Garçon de 9 ans $\frac{1}{2}$, hérédosyphilitique avéré (syphilis avouée du père).

Crâne olympien. Ancienne surdité. Altérations dentaires caractéristiques. *Incisives supérieures écartées*.

Kératite parenchymateuse bilatérale en 1913.

En mai 1914, épisclérite de l'œil droit récidivant deux mois après avec iritis de l'œil gauche.

On note alors une hydarthrose du genou gauche.

Guérison par le traitement en 2 mois.

Observation XIII (d'après la thèse de Sancet, Bordeaux, 1904). — Hydarthrose double des genoux avec kératite interstitielle concomitante.

Stigmates dentaires complets : microdontisme, incisives crénelées, *dents écartées*, échancrure semi-lunaire des incisives supérieures.

A 3 ans, kératite double, surdité complète bilatérale. Deux ans après, hydarthrose double indolente (l'enfant continue à jouer), pas de lésions osseuses à la palpation, pas d'augmentation du volume des épiphyses.

Observation XIV. — Hydathrose double, kératite bilatérale chez une jeune fille de 14 ans hérédosyphilitique.

Stigmates dentaires : échancrure semi-lunaire du bord libre des incisives supérieures, microdontisme, dents mal placées, *écartées*.

*
* *

On pourrait multiplier à l'infini ces exemples où l'écartement des incisives supérieures ou inférieures, médianes ou latérales, se surajoute à d'autres stigmates dentaires admis comme des manifestations dystrophiques hérédo-syphilitiques.

A une telle répétition, nous préférons substituer les figures caractéristiques empruntées à Mozer et Edmond Fournier (*Planches I et II*).

Est-ce à dire que l'écartement des incisives ne puisse pas se rencontrer chez des sujets à Wassermann négatif et par ailleurs indemnes de tout autre élément permettant d'affirmer l'hérédo-syphilis ? Non, évidemment. Il n'est pas de loi absolue en clinique et les meilleurs signes peuvent exceptionnellement paraître infidèles. Il nous semble intéressant à ce propos de rapporter deux observations d'écartement des incisives chez des sujets où il n'a pas été possible de mettre en évidence absolue l'hérédo-syphilis ⁽¹⁾.

Dans la première observation (en collaboration avec Façon), le Wassermann est négatif (sans réactivation préalable il est vrai) et il n'y a aucun stigmate pouvant étayer le diagnostic d'hérédo-syphilis. D'autre part, le père était un alcoolique invétéré. Mais le sujet a eu des convulsions infantiles, auxquelles ont succédé des troubles psychiques (absences) et, à partir de la vingtième année, des crises d'épilepsie.

Dans la seconde observation (Prof^r Gaucher), la malade, porteur d'un Wassermann négatif, est atteinte de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire et d'une dermatose eczémateuse. C'est, en outre, une dystrophique avec asymétrie faciale, voûte palatine

(1) En rapprocher notre cas d'écartement des incisives familial, où le sujet, avec un écartement des incisives supérieures, n'offrait d'autre anomalie qu'un nez assez fortement écrasé à la base pour attirer l'attention au premier regard.

creuse, microdontisme. Or, on connaît la vulnérabilité aux infections des hérédos, leur enfance chétive.

Ainsi, la discussion de ces cas est intéressante : car, si la preuve formelle n'est pas faite, la suspicion réanmois demeure.

OBSERVATION INEDITE

(En collaboration avec M. FÁTOU).

Ecartement des incisives supérieures. — Convulsions dans l'enfance; épilepsie à l'âge adulte.

C... Robert, 25 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, lit 26, le 19 juin 1924, pour des crises nerveuses avec cri initial, chute et perte de connaissance.

Ne peut fournir de renseignements sur sa naissance et sa petite enfance, en dehors de la notion de convulsions infantiles répétées, qu'il aurait eues, d'après sa mère.

Vers 15 ans, est hospitalisé pendant 15 jours pour bronchite.

Depuis son enfance jusqu'à 22 ans, il a eu une santé par ailleurs normale. Il exerçait alors le métier d'apprenti dans une fabrique d'articles de cuir. Il fait 3 ans de service militaire sans incident. Toutefois, pendant cette période, il présente quelques troubles singuliers qui pourraient être considérés comme des équivalents comitiaux : il lui arrivait de perdre subitement la mémoire et de prendre une direction opposée à celle où il devait aller. Il revenait soudain à lui ensuite. Suivant son expression « il marchait comme dans un rêve ».

Rentré du régiment en septembre 1920, il voit débiter ses crises quelques mois plus tard. Leur fréquence

moyenne, en dehors de toute médication, était environ une fois par mois. Depuis qu'il prend du gardénal, l'intervalle entre les crises a augmenté, le malade reste 3 mois sans en présenter. Néanmoins, la veille de son entrée, il a eu une crise dans la soirée et une seconde le lendemain matin vers 8 heures, ce qui le décida à se faire hospitaliser.

D'après les dires de son entourage, la crise se déroule ainsi : le malade pousse un cri et tombe sans connaissance. Il aurait le faciès vultueux mais ne se débattrait pas. Il nie s'être jamais mordu la langue et avoir uriné sous lui; mais il avoue une fois avoir rendu du sang par la bouche après la crise. — ce qui permet de supposer une morsure inaperçue. En outre, il reste hébété après la crise, à un tel degré, dit-il, qu'il ne sait où il est et qu'on lui fait faire ce qu'on veut.

A l'examen (1^{er} juillet 1924), on est frappé par le mauvais état de sa dentition. *Les incisives médianes supérieures sont écartées de deux millimètres.* La voûte palatine est ogivale, très profonde. Il y a une atrophie cuspidienne des grosses molaires. La prémolaire et la première molaire supérieures gauches sont détruites par la carie. La canine inférieure droite de 2^e dentition n'a jamais poussé, dit-il. La première molaire supérieure droite, mal plantée, est écartée de l'incisive par suite de l'absence de la prémolaire représentée par un rudiment d'émergence en dehors de l'alignement.

Les pupilles sont égales et réagissent. La réflectivité tendineuse est normale. Les crêtes tibiales, et de façon générale le système osseux, sont normaux à l'inspection et à la palpation. La radiographie du crâne ne révèle aucune exostose.

Le malade comprend et répond bien, mais avec lenteur et hésitation (peut-être due au gardénal).

La réaction de Wassermann du sang est négative (sans réactivation préalable).

Les antécédents héréditaires du malade sont mal connus : son père était éthylique, il buvait énormément et mourut en 1910 de congestion pulmonaire. Sa mère, âgée de 67 ans, est bien portante.

OBSERVATION 15 du Mémoire de GAUCHER

Femme de 25 ans. Tuberculose ganglionnaire cervicale et pulmonaire bilatérale. Eczéma sec.

Dystrophies : asymétrie faciale légère, voûte palatine creuse, petite taille.

Altérations dentaires : *incisives supérieures très écartées l'une de l'autre et des incisives latérales.*

Microdontisme des incisives latérales.

Wassermann négatif.

Ce dernier cas sert de transition à Gaucher pour conclure : la dystrophie n'est que le résultat, le stigmate permanent d'un trouble de nutrition qui a frappé la dentition au moment de son premier développement *et dont la cause peut être depuis longtemps supprimée.* En ce cas, le Wassermann négatif s'explique. Un Wassermann positif signifie *persistance du virus.*

*
* *

Parfois, c'est la constatation de cette dystrophie *chez un collatéral*, frère ou sœur du malade, indemne lui-même de tout stigmate dystrophique, qui mettra sur la voie du vrai diagnostic.

Un exemple en est cité par Gaucher (Obs. 16 de son Mémoire).

Il s'agit d'une famille où la mère a fait trois fausses couches, 7 enfants morts en bas âge et 9 enfants vivants.

Or, l'un d'eux a un écartement des incisives médianes supérieures, un autre porteur d'un Wassermann positif présente une ostéo-périostite du cubitus.

*
**

Dans d'autres cas, la constatation d'un écartement des incisives chez l'enfant permettra de remonter à une syphilis ignorée des parents et de mettre un terme aux lésions syphilitiques méconnues dont ils sont atteints.

L'Observation inédite de Brin et Fatou que nous rapportons en offre une illustration remarquable :

La réaction de Wassermann positive chez l'enfant, le père et la mère confirmèrent la syphilis familiale et la guérison d'une syphilis gommeuse du testicule chez le père fut la conséquence de cette découverte.

CONCLUSIONS

L'écartement des incisives de première et de seconde dentition est un vice d'implantation dentaire qui s'observe plus fréquemment à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure.

Avec le Professeur A. Fournier (1886), le Professeur Gaucher (1913), P.-W. Roberts (1917), nous estimons que cette dystrophie alvéolo-dentaire est caractéristique de l'hérédo-syphilis.

Elle est parfois *le seul stigmat* révélateur dans certains cas d'hérédo-syphilis tardive.

Elle accompagne par ailleurs fréquemment des altérations alvéolo-dentaires dont la nature hérédosyphilitique est formellement établie (incisives du type Hutchinson, érosions dentaires systématisées, microdontisme, etc...).

Dans un dernier ordre d'observations, l'écartement des incisives apparaît comme un *stigmat familial*, soit qu'on l'observe dans plusieurs générations successives, soit chez plusieurs enfants d'une même génération. Malgré que l'hérédité similaire soit considérée comme une rareté dans la syphilis, l'étiologie syphilitique d'une telle anomalie familiale est hors de

doute pour Gaucher, l'extinction du virus syphilitique n'excluant pas, pour cet auteur, la possibilité de sa transmission à titre de caractère désormais *héréditaire*.

Comme d'autres manifestations qui, dans la syphilis, frappent avec prédilection les incisives supérieures, l'écartement des incisives trouve sa raison d'être dans la vulnérabilité particulière de l'os incisif au cours de son développement, vulnérabilité en rapport avec la précocité d'apparition de cet os et l'individualité de son évolution embryologique.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
A. GILBERT.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- CADENAT. — *Annales de dermat. et syph.*, oct. 1921, p. 405
- CHOMPRET. — *Bulletins de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, séance du 10 décembre 1896, pp. 1447 à 1449.
- DUBREUIL-CHAMBARDEL. — Sur une affection particulière des incisives supérieures (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, séance du 21 janvier 1919, pp. 81-85).
- FOURNIER (P^r A.). — *La syphilis héréditaire tardive*, p. 141 (Masson, 1886).
- FOURNIER (Ed.). — *Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis*, pp. 70 à 103, p. 329 (Paris, 1898).
- *Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive*, pp. 86-126 (Paris, Masson, 1907).
- Article syphilis héréditaire de l'enfance (*Traité Sergent*, pp. 205-206, Paris, 1921).
- GAUCHER (P^r). — Ecartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédosyphilitique (*Ann. des maladies vénériennes*, nov. 1913, p. 801).
- Observation d'écartement des incisives médianes supérieures comme unique dystrophie d'hérédosyphilis (*Ann. des mal. vén.*, nov. 1915, p. 649).
- GAUCHER, BIZARD et BRALEZ. — Gomme de la langue chez une syphilitique héréditaire présentant de l'écartement des incisives médianes supérieures (*Ann. des mal. vén.*, mai 1915).
- GILBERT, H. BÉNARD et FATOU. — Un cas de polyarthrite

hérédo-syphilitique tardive (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, décembre 1923).

JUVIN. — Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif (*Thèse de Lyon*, 1922).

KIRMISSON. . . *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 107.

LEREBOULLET (P.). — Ecartement des incisives médianes supérieure, dystrophie hérédo-syphilitique, hérédité de ce stigmate (*Ann. des Mal. vén.*, novembre 1915, pp. 646-649).

MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson (*Thèse Paris*, 1918).

NICOLAS, MASSIA, DUPASQUIER. — La syphilis tertiaire du bourgeon incisif (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 août 1923, p. 445).

— Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif (*Ann. de dermat. et syph.*, juillet 1922).

WILLARD ROBERTS (P.) (New-York). — Syphilitic joint disease simulating tuberculosis (*Journ. of the Amer. med. Association*, 9 fév. 1918, p. 372).

ROUGIER. — *Thèse Paris*, 1924.

SABOURAUD. — *Entretiens dermatologiques*, série nouv., 2^e vol., 1924, chapitre XXIV : « Sur un signe dentaire de l'hérédo-syphilis. »

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.
